SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA - BTA DC - CUALIFICACIONES

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Abril de 2020**
Versión	**MARZO 2020 - 3,20**
ID de Proceso	**20581-969234**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JACQUELINE MARTINEZ CAMACHO	**C.C.**	51.759.126	**IP/Nº de contacto**	16097
Correo electrónico contratista:	jamartinezc@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	SI	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	SI	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	NO		
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	20335771794		
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 117.503.000**	NO				

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1342893/2020			**Nº Compromiso SIIF**	**21620**		
Valor Total del Contrato	$ 48.568.002	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 40.102.020	**3**	**Del**	**01/04/2020**	**Al**	**30/04/2020**	**$ 4.455.780,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 35.646.240		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.455.780		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.455.780**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.626.652**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**41035858**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.782.312	$ 1.782.312
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 222.800	$ 222.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 285.200	$ 285.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 9.400	$ 9.400
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 445.578	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 875.551	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.626.652,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.947.780,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	38.136,00	0,966%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 4.417.644,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Elaborar cronograma de trabajo del mes de Abril 2020
Orientar en empresas la implementación de la metodología, de manera virtual
Elaborar el Informe de Gestión del mes de Abril
Cambiar la modalidad de atención presencial a virtual
Consolidar información de perfiles ocupacionales del Sector Turismo
Consolidar información de sectores atendidos, según CIIU
Socializar con Gestoras las experiencias de soporte documental para la Fase de Compensación
Ajustar el formato MF01 - Diagnóstico de la MGTHxC, para el levantamiento de información de Indicadores de Productividad
Ahorro de recursos
Elaborar estadísticas para el requerimiento del Plan Tecnológico 2020-2030
Presentar al Equipo de Gestoras términos de referencia de Productividad y Recursos Humanos

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

JACQUELINE MARTINEZ CAMACHO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

MAGALY LEÓN LLANOS
INSTRUCTOR G14

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
EL ORDENADOR DEL PAGO

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	JACQUELINE MARTINEZ CAMACHO	**Nit:**	51759126
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Marzo 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Marzo 2020
Número de radicación:	41035858	**Total a pagar:**	$517,400
Fecha de vencimiento:	07/04/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	03/04/2020	**Número de administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	**Número de aprobación:**	591787490
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0.00	$9,400
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0.00	$285,200
EPS010	800088702	EPS Sura	1		$0.00	$222,800
						$517,400

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos**

»Ver planillas pagadas

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

https://www.miplanilla.com/

Todos los derechos reservados © 2020 . Compensar - Cenet S.A.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente

certicámara. Acerca de los certificados SSL

ISO / IEC 27001 icontec Certificado Nº SI 006-1

Powered by Cenet Edinet

Miplanilla.com - Gestión y pago de la Planilla Integral de Liquidación de Aportes (PILA) - Colombia Su dirección IP actual es: **181.50.212.8**

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 15 de abril de 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
Ciudad Bogotá

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

C.C.	**1001317168**	**CAMILO ROJAS MARTÍNEZ**	**HIJO**

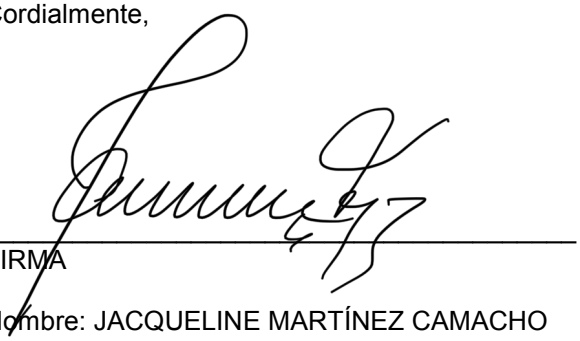
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



FIRMA

Nombre: JACQUELINE MARTÍNEZ CAMACHO

C.C.51.759.126 de Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP A7E0250291

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 30319243

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [x] Número 37 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código AEZE

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - - - - - - - - - - CUNDINAMARCA - - - - BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ROJAS	MARTINEZ

Nombre(s)

CAMILO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2001 Mes 05 Día 14	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - - - - - - - - - - CUNDINAMARCA - - - - BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	A 2854011

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MARTINEZ CAMACHO JACQUELINE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No. 51 759 126 de Bogotá	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ROJAS MOCETON GUILLERMO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No. 79.365.025 de Bogotá	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ROJAS MOCETON GUILLERMO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.No. 79.365.025 de Bogotá	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción

Año 2001 Mes 06 Día 13

Nombre y firma del funcionario que autoriza

EDUARDO TEPES AMEZQUITA

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



ADVERTENCIA!

EL NOTARIO TRENTA Y CINCO (35) DE BOGOTA D.C.,
ADVIERTE que cualquier adulteración, modificación,
falsificación o borrón en esta copia del registro civil, tipifica
el delito de falsedad de documento público, sancionado por el
Código Penal, con pena privativa de la libertad personal.

ESTUDIANTE

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Personería Jurídica Resolución No. 11153
CARRERA 7B BIS No. 132-11
Nit: 860.066.789-6 - Vigilada Mineducación

ID 176579	SEMESTRE: 3	PERIODO: 20201	IDENT. TI 1001317168
NOMBRE:	ROJAS MARTINEZ CAMILO		

DESCRIPCION DEL PAGO

MATRICULAS	**$ 5,470,000.00**
APORTE VOLUNTARIO PROGRAMA SEMILLAS	**$ 35,000.00**

Declaro que conozco el Reglamento Estudiantil Vigente, acepto las condiciones y contenidos del Programa Académico que elegí y procedo a realizar el pago de mi matrícula para el presente periodo

FECHAS DE PAGOS:	PAGOS SIN APORTE	PAGOS CON APORTE
ORDINARIA HASTA: 2020-01-03	$ 5,470,000.00	$ 5,505,000.00
EXTRAORDINARIA 1 HASTA: 2020-01-24	$ 6,017,000.00	$ 6,052,000.00

ITAÚ ☐
BANCO DE BOGOTÁ ☐
BANCOLOMBIA ☐
DAVIVIENDA ☐

RECIBO DE PAGO No. 2547775

PROGRAMA: ARTE DRAMATICO

16048 ACTUACION III
16051 EXPRESION CORPORAL III
16052 EXPRESION VOCAL III
16050 HERRAMIENTAS INVESTIGACION I
12023 HISTORIA DEL TEATRO III: TEATRO CONTEMPORÃ¡NEO Y TEA
16049 TEORIA ACTUACION III
13761 CINE Y SALUD



PARA SU VALIDEZ DEBE TENER EL TIMBRE DE LA REGISTRADORA Y EL SELLO DE RECIBIDO

BANCO

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Personería Jurídica Resolución No. 11153
CARRERA 7B BIS No. 132-11
Nit: 860.066.789-6
Nit: 860.066.789-6 - Vigilada Mineducación

ID 176579	SEMESTRE: 3	PERIODO: 20201	IDENT. TI 1001317168
NOMBRE:	ROJAS MARTINEZ CAMILO		
PROGRAMA:	ARTE DRAMATICO		

ITAÚ ☐
BANCO DE BOGOTÁ ☐
BANCOLOMBIA ☐
DAVIVIENDA ☐

RECIBO DE PAGO No. 2547775

REFERENCIA 00000001765792547775

FORMA DE PAGO			FECHA A M D
CHEQUES DE GERENCIA UNICAMENTE	COD. BANCO	NO. CUENTA	VALOR
EFECTIVO			
TOTAL PAGADO			

☐ **MARQUE ESTA CASILLA SI DESEA REALIZAR SU PAGO CON APORTE AL PROGRAMA SEMILLAS.**

PRIMER PLAZO CON APORTE 2020-01-03 $ 5,505,000.00

(415)7709998001701(8020)10000001765792547775(3900)05505000(96)20200103

SEGUNDO PLAZO CON APORTE 2020-01-24 $ 6,052,000.00

(415)7709998001701(8020)10000001765792547775(3900)06052000(96)20200124

☐ **MARQUE ESTA CASILLA SI DESEA REALIZAR SU PAGO SIN APORTE.**

PRIMER PLAZO 2020-01-03 $ 5,470,000.00

(415)7709998001701(8020)00000001765792547775(3900)05470000(96)20200103

SEGUNGO PLAZO 2020-01-24 $ 6,017,000.00

(415)7709998001701(8020)00000001765792547775(3900)06017000(96)20200124

PAGUESE UNICAMENTE EN CHEQUE DE GERENCIA O EFECTIVO NO SE ACEPTAN PAGOS PARCIALES